

CARCINOMA BRONQUIOLO ALVEOLAR - RELATO DE UM CASO

Autor:- João Rodolfo de Andrade Leite

Acadêmico da 12ª Fase do Curso de Graduação de Medicina
da Universidade Federal de Santa Catarina.

9/

Agradecimentos:

Dr. Jaime Matos Ferreira - Pneumologista - Coordenador deste Trabalho.

Dr. Hans H. Japp - Patologista

ÍNDICE

I	- Resumo.....	I
II	- Introdução.....	2
III	- Relato do caso.....	5
IV	- Discussão.....	7
V	- Abstract.....	10
VI	- Referências Bibliográfica.....	11

RESUMO

O autor descreve um caso de Carcinoma de Células Alveolares, o qual ocorre de 1 a 18% dos casos de Carcinoma de Pulmão. Menciona aspectos pesquisados na anamnese e Raio-X. O paciente teve êxito letal dois meses após o início dos sintomas.

INTRODUÇÃO

O Carcinoma de Células Alveolares foi definido por Liesbow como sendo um tumor maligno, primário e periférico do Pulmão, classificado como adenocarcinoma bem diferenciado, podendo ser reco-nhecido devido a sua propagação em todos espaços aerados do Pul-mão e às vezes em vias linfáticas. Este tumor é também conhecido por Carcinoma Bronquiolar, Carcinoma Bronquioloalveolar e Adeno-matose Pulmonar Maligna.

Sua incidência é igual em ambos os sexos(1-5,11) e não exis-te predileção por raça(2).

Ocorre com maior freqüência na faixa etária compreendida en-tre os cinquenta e setenta anos(1,2,5,7).

Sua relação com o tabagismo ainda não esta totalmente esclarecida, porém, a maioria dos autores referem ^{nao}existir tal relação (1-3,5,6), o mesmo ocorrendo com outros agentes cancerígenos(2).

Existe também muita controvérsia a respeito da origem desta neoplasia uma vez que ainda não se chegou a uma definição se é ela de origem unifocal ou multifocal(1-8,10,14).

É uma neoplasia que ocorre com freqüência em indivíduos com esclerodermia(1,3,4) ou com enfermidades pulmonares prévias que possam determinar fibrose como é o caso da Tuberculose e Pneumo-nias de repetição(1-4,6-8).

Seu crescimento é lento(3,4) e ocasiona metástases tardias que se disseminam por continuidade, por via linfática ou ainda por via hematogênica(1,5,6-10). As metástases a distância para o interior do Pulmão, ocorrem em 50% dos casos(7,8,10,14) enquan-to que as metástases extra-torácicas são menos freqüentes, ocorrendo em 25% dos casos(1,3,8-10).

O indivíduo acometido por esta neoplasia pode permanecer as-sintomático pelo período de alguns anos, e quando sintomático a-presentam tosse, dispnéia, dor torácica, hemoptise, emagrecimento ,anorexia e mal estar geral. Em aproximadamente 20% dos casos ocorre produção de grande quantidade de muco não espesso(2-8,10,11).

O Carcinoma de Células Alveolares caracteriza-se histologicamente por apresentar células epiteliais altas, cilíndricas ou cúbicas revestindo septos alveolares, sobressaindo das cavidades alveolares com numerosas formações papilares arborecentes, porém, sem alterar a arquitetura normal das paredes septais, e preenchendo a cavidade aérea. É comum encontrar-se muco em grande quantidade no interior dos alvéolos(2-12,14).

Macroscopicamente o tumor pode se apresentar como um foco solitário ou sob forma de vários focos nodulares muito próximos entre si que podem às vezes se fundir dando a impressão de uma consolidação na radiografia, assemelhando-se inclusive a uma pneumonia, ou pode ainda apresentar-se sob a forma de micro-nodulações difusas em um ou ambos os pulmões.

É de cor cinza-esbranquiçado com pigmentações negras(1,2,4-6, 11,12).

Radiologicamente vários aspectos são observados como o de um foco solitário, arredondado, geralmente periférico ou em forma de múltiplas máculas em um ou mais lóbulos, uni ou bilateralmente ou ainda como nodulações difusas, assemelhando-se à Tuberculose Miliar(1-5,8,10,12,14). A presença de broncograma aéreo é característica comum nos Carcinomas de Células Alveolares. Não há tendência da lesão atravessar cisuras interlobares(1-5,8,11,12).

Pode-se suspeitar que um indivíduo esteja com Carcinoma de Células Alveolares quando este apresenta clinicamente tosse com abundante expectoração mucóide junto com evidências radiológicas(2,4,13). Os exames complementares como broncoscopia e a mediastinoscopia são úteis tanto para diagnóstico diferencial como para coleta de material para exame citológico. A citologia do escarro é positiva, sendo que o diagnóstico de certeza é obtido através de biópsia pulmonar por punção ou toracotomia(1-5,13).

Dependendo do quadro clínico e dos achados radiológicos pode esta enfermidade ser confundida com Pneumonia Lobar, Tuberculose, Linfoma, Pseudolinfoma, Blastomicose, Pneumoconiose e com neoplasias que acometem o Pulmão(1-6,10).

No caso de existir somente lesão única, tem-se preconizado o tratamento cirúrgico com ressecção do nódulo o que ocasiona uma sobrevida de 5 anos em 1/3 dos pacientes, sendo considerado como bom prognóstico(2,3,5,10). Já as lesões múltiplas embora às vezes com condições de serem ressecadas, apresentam um pior prognóstico(2,3,5-10).

Este tumor não demonstra sensibilidade à quimioterapia ou à radioterapia(2,3,5) existe um pequeno número de casos em que ocorre uma sobrevida longa mesmo sem qualquer tipo de tratamento(1,2,4,5).

O fato de terem sido relatados apenas dois casos de Carcinoma de Células Alveolares no município de Joinville chamou-me a atenção para o estudo desta enfermidade e para a posterior realização deste trabalho que apresenta o desenrolar de um dos casos.

RELATO DO CASO DA CLÍNICA SÃO MARCOS - JOINVILLE

Médico assistente Dr. Jaime Matos Ferreira -

W.N.M., 54 anos, masculino, branco, casado, brasileiro, Joinville, refratário de fundição.

Apresentou dispnéia rapidamente progressiva a partir de fevereiro/84, estando atualmente com dispnéia em repouso. Tosse com expectoração mucosa muito escassa. Astenia, anorexia, emagrecimento de 4/60 kg em três meses.

Fumante desde 14 anos de idade.

Boa micção e evacuação.

H.M.P. :-Três internações prévias, uma das quais para cirurgia inguinal bilateral e outras duas pela mesma enfermidade atual.

H.M.F. :- Nega Tuberculose e/ou Diabetes e/ou Asma.

EXAME FÍSICO

PA-140/90 FC-120 bpm FR-40 rpm T-36,5

Mucosas coradas, hidratado, anictérico, ausência de gânglios palpáveis, sem hipocratismo digital. Orofaringe-sp.

Aparelho Respiratório- Diminuição o murmúrio vesicular principalmente em base do HTE. Aumento do frêmito toracovocal, principalmente em base do HTE.

Aparelho Cardiovascular- Taquicárdico, bulhas rítmicas, normofonéticas. E.C.G.- Taquicardia sinusal, alteração difusa da repolarização ventricular.

Abdome- Ausência de massas palpáveis, sem hepato-esplenomegalia.

Membros- Dor em coxa direita, pulsos palpáveis, sem edema de MMII.

Aparelho Genito-urinário- sp.

Exame Neurológico- .sp., orientado, lúcido, contactuando bem.

EXAMES COMPLEMENTARES

Hemograma - normal

U Urinálise - presença de Trichomonas vaginalis

Rx Tórax - lesão intersticial micronodular difusa.

(vide figura 1)

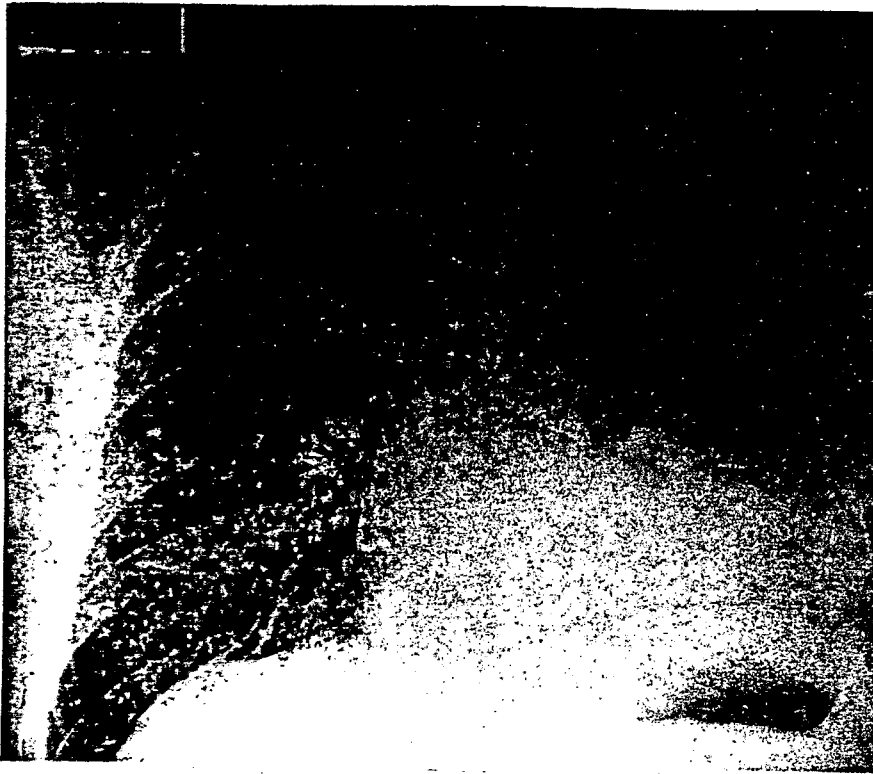


Figura 1

Biópsia pulmonar.

EVOLUÇÃO

Presença de fibrose pulmonar intersticial difusa com quadro clínico de dispnéia, feito medicação sintomática e realizado exames complementares para o diagnóstico diferencial.

Biópsia Pulmoar a "céu aberto", tendo sido encontrado aderências pleurais importantes, com pleura de aspecto normal. Parenquima pulmonar com nódulos difusos abrangendo lobo superior e lobo inferior.

Ao exame histopatológico mostrou Adenomatose Pulmonar Maligna

O paciente evoluiu com dispnéia rapidamente progressiva indo a êxito letal por insuficiência respiratória em 22/04/84.

CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA - Carcinoma Bronquiolo-Alveolar.

CONDUTA - Pelo adiantado disseminação da lesão, fez-se apenas tratamento sintomático. Nos casos de Carcinomas de Celulas Alveolares nódulo único, o tratamento é ressecção. Em casos de disseminação pulmonar, o tratamento é sintomático, pois este tumes não responde a radioterapia ou quimioterapia. (2,3,5).

DISCUSSÃO

O Carcinoma de Células Alveolares é uma enfermidade maligna, primária, pouco comum, procedente do epitélio alveolar, ou possivelmente do bronquíolo, que pode se manifestar por foco único ou múltiplos situados em um ou ambos os Pulmões(2,4-8,10,11). Foram relatados apenas dois casos no município de Joinville. O aspecto radiológico evidenciou lesões disseminadas em ambos os pulmões.

A maioria dos autores negam relação com o fumo(1-3,5,6), sendo que neste caso o paciente fumou por aproximadamente 30 anos.

A maioria desta enfermidade é mais comum em pacientes acima dos cinquenta anos(1,2,3,5), o que também ocorreu neste caso.

Em 50% dos Carcinomas de Células Alveolares há metastases rapidamente para dentro do tórax(7,8), dos quais 25% produzem metastases extratorácica(1-9). Não encontramos evidências de metastases extratorácicas e nem mediastínicas no paciente.

O aspecto histológico consiste de células colunares ou cúbicas seguindo o eixo dos alvéolos com uma ou múltiplas camadas. Mitoses são raras e comumente contém muco em grande quantidade(2-12). A descrição microscópica do tecido pulmonar revelar substituição multicêntrica do parênquima por proliferação celular pleomorfica, núcleos arredondados hipercromáticos, adotando disposição em grupos ou estruturas papilares com projeção para o espaço alveolar. Outras áreas mostram nítida transição entre as áreas neoplásicas em continuidade direta com o epitélio bronquiolar normal. Foram também observadas células malignas exfoliadas e livres no alvéolo pulmonar. O restante do parênquima mostra acentuado edema e difusa proliferação de células mononucleares.

O aspecto macroscópico da lesão pode mostrar-se como um foco solitário ou múltiplos focos em um ou ambos os pulmões de cor cinza-esbranquiçado, com pigmentos negros(2,4,5,7,8,11,12). Na toracotomia para biópsia pulmonar cuja descrição macroscópica foi de aderências pleurais importantes, com pleura de aspecto normal. Parênquima pulmonar com nódulos difusos abrangendo lobo superior e lobo inferior.

As manifestações clínicas são muito variáveis e em um certo número de casos são assintomáticos. Quando sintomáticos, apresentam tosse, hemoptise, dor torácica, dispnéia, anorexia, emagrecimento, mal estar geral. Em alguns casos produzem grande quantidade de muco(2-8,10,11). A clínica deste paciente foi dispnéia rapidamente progressiva, tosse com expectoração mucóide escassa, e magrecimento, anorexia, astenia.

A radiografia pode mostrar uma lesão periférica não específica em 1/3 dos casos ou em forma de máculas múltiplas em um lóbulo ou distribuido em um ou ambos pulmões(1-5,8,10-12). O aspecto radiológico da enfermidade neste caso, já mostrou um infiltrado intersticial difuso em ambos os pulmões, com condensação alveolar homogênea em base pulmonar esquerda. Espessamento pleural adjacente.

O diagnóstico pode ser aventado pela radiologia. Porém o diagnóstico de certeza é através da biópsia a "cêu aberto" ou por agulha, com estudo anátomo-patológico.

A broncoscopia é de pouco valor diagnóstico, pelo tumor ser periférico.

Também a mediastinoscopia é de pouco valor, por serem as metastases hilares mais tardias(1-5,13).

O diagnóstico definitivo dado pelo patologista foi de Adenomatose Pulmonar Maligna.

Esta é uma enfermidade que se apresenta vários diagnósticos diferenciais, como processo inflamatório agudo, Tuberculose Miliar, Linfoma, pseudolinfoma, Sarcoidose, Blastomicose, Pneumoconiose.(1-6,10). As hipóteses diagnósticas aventadas neste caso foram de Tuberculose Miliar e Pneumoconiose.

Quanto ao tratamento, faz-se ressecção quando é foco único. Porém quando são focos disseminados, faz-se apenas tratamento sintomático, pois o Carcinoma de Células Alveolares não responde à radioterapia e nem a quimioterapia(2,3,5). Neste caso foi feito apenas tratamento sintomático, pois o paciente já apresentava lesões disseminadas em ambos os pulmões.

O prognóstico dos pacientes com Carcinoma de Células Alveolares quando apresenta foco único ressecável, em 1/3 dos casos apresentam sobrevida de 5 anos. Quando apresenta lesões difusas, o prognóstico é muito pobre, caminhando rapidamente para óbito(1,2,5,10). A partir da sintomatologia e com presença de lesões em ambos os pulmões, o paciente evoluiu para êxito letal em mais ou menos dois meses.

ABSTRACT

ALVEOLAR CELL CARCINOMA - REPORTED A CASE

The author describes a case of Alveolar Cell Carcinoma, which occurs from 1 to 18% of the Lung Cancer. He mentions some topics to be researched in the anamneses and the X-Ray. The patient died two months after the symptoms starting.

BIBLIOGRAFIA

1. HEITZMAN, E.R.: Bronchiolar Carcinoma of the Lung. The Lung-Radiologic-Pathologic Correlations. The C. V. Mosby Company, 1973, 300-313.
2. CROFTON, J. & DOUGLAS, A.: Tumores del Pulmon. Enfermedades Respiratorias. Editorial Marin S/A, 1971, 503-505.
3. NETTER, F.H.: Alveolar-Cell Carcinoma. The CIBA Collection of Medical Illustration. Respiratory System CIBA. vol 7, 1979, 169.
4. FRASER, R.G. & PARE, J.A.P.: Neoplastic Diseases of the Lung. Diagnosis of Diseases of the Chest. W.B. Saunders Company, 1970, 770-777.
5. FERLINZ, R.: Enfermedades Del Pulmon y De Los Bronquios. Ediciones Toray S/A, 1976, 352-355.
6. FISHMAN, A.P.: Natural History of Carcinoma of the Lung. Pulmonary Diseases and Disorders. MacGraw-Hill Book Company, 1980, 1393.
7. SPENCER, H.: Carcinoma of the Lung. Pathology of the Lung. Pergamon Press, 1976, 834-844.
8. SEYDEL, H.G., and others.: Cancer of Lung. A. Willy Biomedical Publication, 1975, 27-34.
9. BLUNDI, E.: Cancer do Pulmão- Classificação Histológica. Jornal Brasileiro de Medicina, 45:93. 1983.
10. ROHWEDDER, J.J.: Lung Cancer Neoplastic Disease 14:678-698.
11. ROBBINS, S.L.: Sistema Respiratório. Patologia Estrutural e Funcional. Editora Interamericana Ltda. 1975, 755-756.
12. SPRIGGS, A. and others.: Alveolar-Cell Carcinoma: a problem in sputum cytodiagnoses. J. Clin Pathol, 35:1370-1379, 1982.
13. LIELINTON, G.A.: The Solitary Pulmonary Nodule. American Review of Respiratory Disease, 110:699-707, 1974.
14. GIBBS, A.R.: and others.: Lung Carcinomas. Atlas of Pulmonary Pathology. vol III., J.B. Lippincott Company, 1982, 107

TCC
UFSC
CM
0141

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0141

Autor: Leite, João Rodolf

Título: Carcinoma bronquíolo alveolar :



972809120

Ac. 253335

Ex.1 UFSC BSCCSM